

## 精神障害者医療費助成金支給申請書

香芝市長

住所  
氏名  
電話番号

香芝市精神障害者医療費助成条例施行規則第6条第の規定により、 年 月分  
の助成金について、関係書類を添えて次のとおり申請します。

申請金額 金 円

受給資格証 受給者番号				受給者氏名		□申請者と同じ	
加入医療保険の名称				加入医療保険 記号番号			
医療 等 の 状 況	入院	日数及び期間		総点数		自己負担支払額	
		日(年月日～年月日)		点		円	
		上記のとおり診療し、自己負担支払額を徴収しました。					
	外来			所在地 医療機関等 名称 氏名		印	
		1	日数	総点数	自己負担支払額		
			日	点	円		
			上記のとおり診療し、自己負担支払額を徴収しました。				
		2	所在地 医療機関等 名称 氏名		印		
			日数	総点数	自己負担支払額		
			日	点	円		
3		上記のとおり診療し、自己負担支払額を徴収しました。					
		所在地 医療機関等 名称 氏名		印			
	日数	総点数	自己負担支払額				
	日	点	円				

備考 受けられた医療における領収証明書等を添付してください。